

## **FORTEGNELSE OVER ORIENTERINGMATERIALE**

til medlemmerne af Sundheds- og Omsorgsudvalget

### **Materiale omdelt til udvalget på mødet den 23. april 2009**

- Forslag til embedsmandsdeltagelse i det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 23. april 2009
- Slides til "Temamøde om boligpolitisk strategi"
- Baggrundsnotat om rådighedsbeløb for plejehjemsbeboere i 2009
- Bilag 10.b til dagsordenspunkt 6 "Supplerende kommentarer til Vanløse Lokaludvalgs høringsvar".
- Notat vedr. forebyggelseskommissionens betænkning
- Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats "Vi kan leve længere og sundere"
- Oversigt over kommende sager til SOU.

### **Fremlagt i mødelokalet**

- Køn Kultur Ligestilling – Opsamlings- og Idekatalog fra Københavns Kommunes Integrationskonference d. 22. januar 2009



Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

23-04-2009

**Embedsmandsdeltagelse til det ordinære møde i Sundheds- og Omsorgsudvalget d. 23. april 2009 på Rådhuset.**

Sagsbehandler:  
Louise Johansen

**Direktionen:**

Lene Sillasen  
Hanne Baastrup  
Anne Mette Fugleholm  
Kenneth Kristensen

**Center for Politik og Ledelse**

Jesper Olsen  
Michala Jessen

**Punkt 2: Temamøde om boligpolitisk strategi**

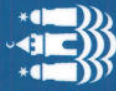
Kontorchef Simon Kjær Hansen fra Økonomiforvaltningen, Områdechef Ulrik Brock Hoffmeyer fra Teknik og Miljøforvaltningen, Projektleder Michel Sebastian Christensen fra Økonomiforvaltningen samt leder af boligsekretariatet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen Per Christensen.

**Punkt 3: Budget 2010**

Økonomichef Andreas Jegstrup.

**Punkt 4: Bud på madleverancer**

Lokalområdechef Lone Jørgensen i Vanløse/Brønshøj/Husum.



# Temamøde om ny boligpolitisk strategi

Sundheds- og omsorgsudvalget 23. april

# Baggrund



- November 08 – Møde ml. overborgmester og borgmestre/gruppeformænd fra BR's partier.
- Ønske om ny boligpolitisk strategi og om mulighed for boligpolitiske drøftelser i udvalg.
- December 08 – BR beslutning om udarbejdelse af oplæg til ny boligpolitisk strategi.
- Januar 09 - Indstilling med arbejdsprogram og proces for temamøder i udvalg ØU og TMU godkendt.



# Proces og endemål



- Marts/maj 09 - Økonomiforvaltningen og Teknik- og Miljøforvaltningen udarbejder i samarbejde med øvrige forvaltninger oplæg til boligpolitisk strategi.
- April 09 - temadrøftelser i fagudvalg.
- April/maj 09 - ”studieture” i boligområder og åben boligpolitisk høring (2. maj.).
- Maj/juni 09 - Oplæg til boligpolitisk strategi med konkrete mål og initiativer i udvalg og BR.

# Arbejdsprogram – 5 udfordringer



1. Hvordan kan København styrke **mangfoldigheden** og skabe blandede og levende by- og boligkvarterer?
2. Hvordan bliver København en mere **socialt ansvarlig** by med boliger til københavnere med lave indkomster og til dem med særlige behov eller handicap?
3. Hvordan bliver København førende indenfor **klima- og miljøbevidst** boligbyggeri?
4. Hvordan styrkes **trygheden** i boligkvartererne og indsatsen i de mest udsatte boligområder?
5. Hvordan styrkes samarbejde og **fokus på ”kundernes” behov** – både borgere, virksomheder, organisationer og andre kommuner?

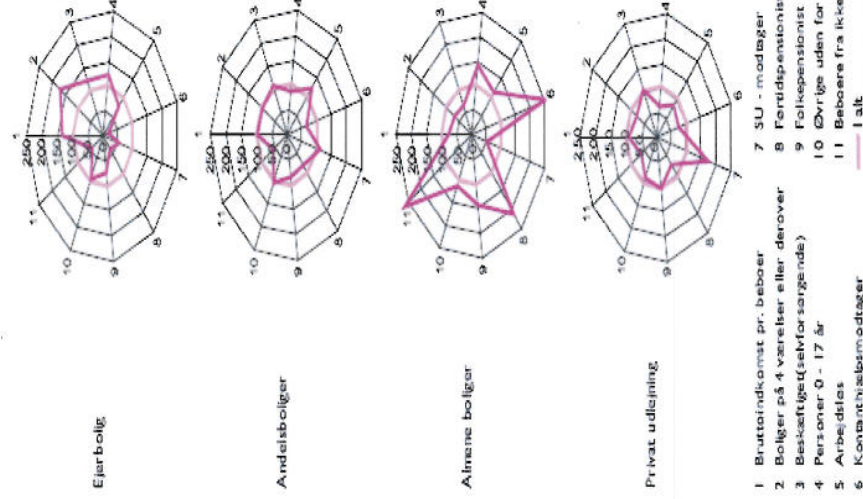


# En mere mangfoldig by?



- Der skal sikres boliger til 45.000 nye Københavnerne i 2020.
- Antallet af ældre faldet de seneste 10-15 år.
- Markante forskelle på ejerformer og byområder. Ældre på folkepension overrepræsenteret i almene boliger.
- Den typiske bolig opført efter 2000 en større ejerbolig.
- Nye udlejningsregler har ændret beboersammensætning i udsatte boligområder.
- Kan konvertering af ældreboliger understøtte mål om blandet by?

Beboere og boliger efter ejerform. København 2008



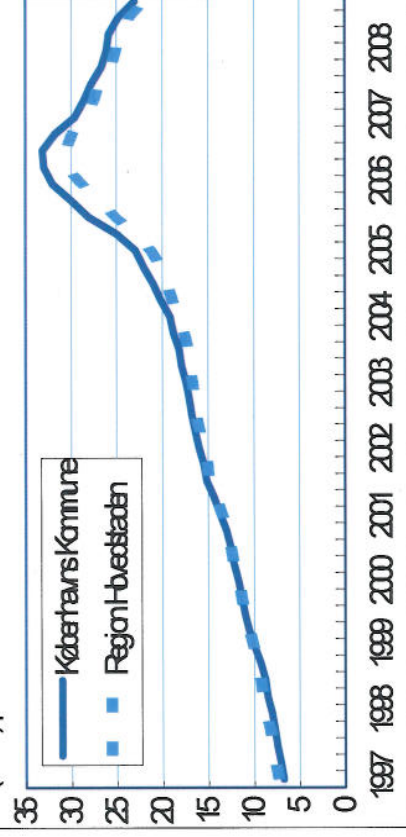
# En mere socialt ansvarlig by?



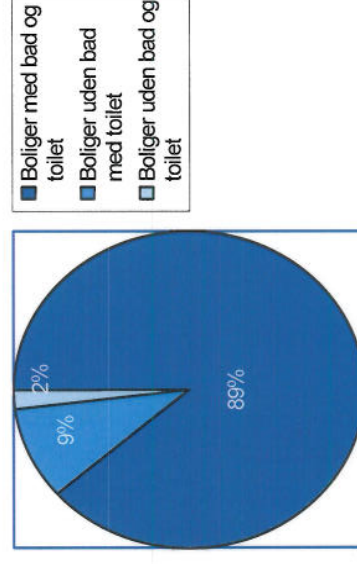
- 320 nye ældreboliger de seneste 10-15 år samt renovering af ældreboliger. Primært opført som almene boliger.
- Generelt få nyopførte almene boliger de seneste år.
- Nye ejerboliger ca. på 2005 prisniveau. Fortsat svært for lav- og mellemindkomstgrupper (Deloitte 09) – og ældre?
- København præget af en utidssvarende boligmasse. 80 pct. af byens boliger opført før 1960.
- Fortsat 33.000 boliger uden bad og toilet (11 pct.).

Priser på ejerboliger 1997-2008

Kr. (1.000) pr. m<sup>2</sup>



Boliger efter installationsforhold 2009.

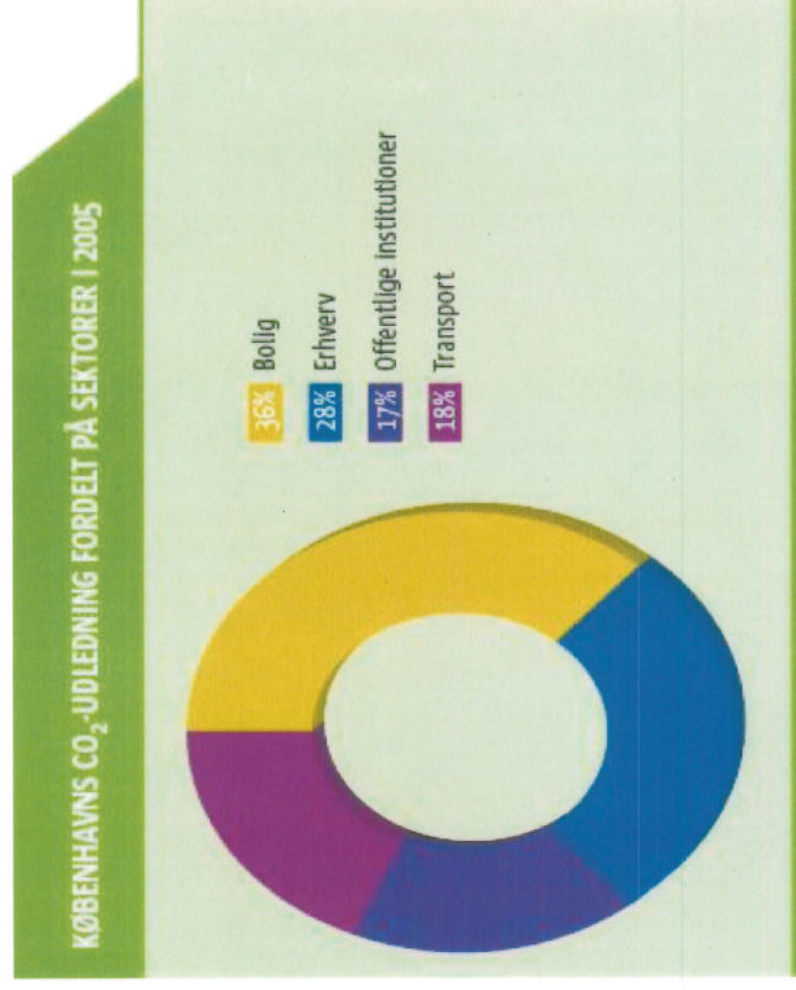




# En miljø- og energibevidst by?



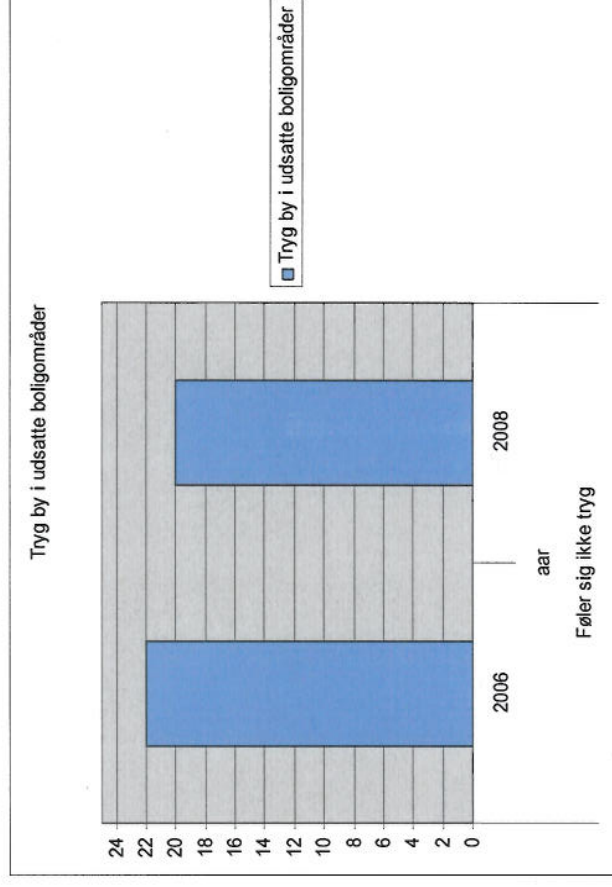
- Byens boliger skal levere et markant bidrag til klimakampen.
- Boliger står for mere end 35 pct. af byens CO<sub>2</sub> udledning.
- Miljø- og klimafokus i fremtidssikring af ældre almene boliger og støttet byggeri – udfordring i forhold til husleje?
- Beboere skal ændre adfærd – udfordring for ældre beboere?



# En tryg by?



- Hver femte beboer i Københavns udsatte områder føler sig ikke trygge. Færre end i 2005.
- Livsformanalyse (2009) dokumenterer, at beboere i udsatte områder sætter stabilitet og tryghed højest som værdier.
- 88 pct. Beboere i udsatte boligområder finder at image/omdømme er en udfordring, hvis udvikling skal vendes.



# Fokus på kunderne?



- OECD (2009): Kommuner i hovedstadsregion løfter ikke et ensartet socialt ansvar. anbefaler øget regionalt samarbejde.
- Almene boligorganisationer efterspørger én indgang til Kommunen.
- Ved boligsøgende københavnere hvor de skal henvende sig – fx studerende, ældre, socialt udsatte?
- Aktive ældre stiller krav til boligen – fx seniorbofællesskaber.





## **Rådighedsbeløb i plejehjem mv. i 2009**

I vedhæftede tabel 1 og tabel 2 er beregnet eksempler på rådighedsbeløb i henholdsvis plejehjem og moderne plejeboliger, det vil sige det beløb, beboerne har til rådighed efter betaling af faste udgifter og den fulde servicepakke (kost, vask, toiletartikler, rengøringsartikler og vinduespolering).

Som det fremgår af eksemplerne varierer boligbetalingen og dermed rådighedsbeløbet dels efter størrelsen af boligen og driftsudgifterne / huslejen pr. m<sup>2</sup> dels efter pensionistens indkomstforhold.

Det fremgår endvidere af eksemplerne, at der er en vid margin mellem de opgjorte rådighedsbeløb og de vejledende supplerende minimums-rådighedsbeløb, jf. nedenfor.

Det skal i den forbindelse understreges, at eksemplerne på rådighedsbeløb er udregnet for de økonomisk absolut svagest stillede folkepensionister, dvs. uden nogen form for ekstraindtægter i form af ATP og anden arbejdsmarkeds- / eller privat pension samt renteindtægter ved eventuel formue.

## **Vejledende supplerende minimums-rådighedsbeløb i 2009 / 2010**

Ifølge Kommunens vejledende retningslinier for tildeling af personligt tillæg (godkendt af SOU) gælder der vejledende supplerende minimums-rådighedsbeløb for folkepensionister på plejehjem og i beskyttede boliger. Beløbene er udtryk for minimumsbeløb, som folkepensionister skal have tilovers efter afholdelse af (rimelige) faste udgifter og udgiften til fuld servicepakke. Beløbene udgør hhv. 1.500 kr. for enlige og 2.450 kr. for gifte og samlevende i 2009. (Beløbene forventes opreguleret til hhv. 1.550 kr. og 2.550 kr. i 2010). Af det vejledende, supplerende minimums-rådighedsbeløb skal pensionisten således kunne afholde udgifter til tøj og sko, frisør, telefonsamtaler, jule- og fødselsdagsgaver til pårørende, aviser og blade, tobak, slik og lignende.

### **Administration**

Såfremt en folkepensionist på plejehjem mv. kommer under det vejledende supplerende minimums-rådighedsbeløb kan der rettes henvendelse til det lokale pensionskontor mhp. råd og vejledning samt eventuel udbetaling af personligt tillæg til rimelige og nødvendige udgifter, således at pensionisten kommer over det vejledende rådighedsbeløb på ny. Det kan fx være hjælp til egenbetaling efter ydet helbredstillæg (medicin og fodbehandling samt eventuel tandbehandling) eller egen-

22-04-2009

Sagsnr.  
2009-51150

Dokumentnr.  
2009-226491

Sagsbehandler

### **Administrationscentret**

Sjællandsgade 40  
2200 København N

Telefon  
3530 3761

Telefax  
3530 3959

E-mail  
T158@suf.kk.dk

EAN nummer  
5798009291004

www.kk.dk



betalingen til omsorgstandplejen. Hjælp vil også kunne ydes til særlig høj boligbetaling samt som supplement til brøkpensionister (pensionister som ikke har optjent ret til fuld folkepension, svarende til 40 bopælsår i Danmark).

Udbetaling af personlige tillæg forudsætter, at pensionskontoret foretager en samlet konkret vurdering af pensionistens økonomiske forhold (på baggrund af budgetskeema) og udgiftens nødvendighed og rimelighed, samt at kontoret følger op på afgørelsen mindst en gang årligt, hvis der ydes løbende tilskud. Der kan således ikke generelt udbetales kompensation til de svagest stillede folkepensionister.

### **Råd og vejledning ved indflytning i plejehjem/moderne plejebolig**

Det bør endelig tilføjes, at et misforhold mellem boligudgift og den enkelte folkepensionists økonomi fortrinsvis bør søges løst ved råd og vejledning i forbindelse med visitation til den konkrete bolig.

**Rådighedsbeløb for folkepensionister (uden ekstraintægter ud over folkepension og ældrecheck) år 2009 i plejehjem (eksempler)**

Tabel 1	Enlig pensionist (28,5 m <sup>2</sup> / lave driftsudgifter)	Enlig pensionist (29,7 m <sup>2</sup> / høje driftsudgifter)
	Kr. mdl.	Kr. mdl.
Folkepension (grundbeløb og pensionstillæg)	10.543	10.543
Supplerende pensionsydelse (ældrechecken på 10.300 kr. udbetales én gang årligt)	858	858
Brutto	11.401	11.401
A-skat	- 2.946	- 2.946
Nettoindtægt	8.455	8.455
Betaling for bolig (husleje)	- 1.278	- 1.772
Varme	- 382	- 382
El	- 206	- 206
Varmetillæg	0	0
TV-licens (½)	-93	- 93
Telefonabonnement	- 134	- 134
<b>Indboforsikring</b>	- 120	- 120
Sammentælling	6.242	5.748
Fuld servicepakke (valgfrie ydelser)	- 3.634	-3.634
<b>Netto til rådighed – mdl.</b>	<b>2.608</b>	<b>2.114</b>

Der er tale om type-eksempler: Plejehjemsboliger på hhv. 28,5 m<sup>2</sup> med lave driftsudgifter (1.874 kr. pr. m<sup>2</sup>) og 29,7 m<sup>2</sup> med høje driftsudgifter (3.793 kr. pr. m<sup>2</sup>) samt med faste takster for el og varme.

Boligbetalingen varierer således dels efter størrelsen af boligen og driftsudgifterne dels efter pensionistens indkomstforhold.

Fuld servicepakke: Kost 3.118 kr., vask af beklædning 163 kr., vask og leje af linned 163 kr., toiletartikler 78 kr., rengøringsartikler 70 kr. og vinduespolering, i alt 3.634 kr. om måneden. Fra 1. juli 2009 indføres et prisloft over egenbetaling for kost på 3.000 kr. månedlig (lovforslag).

**Rådighedsbeløb for enlig folkepensionist (uden ekstrairdtægter ud over folkepension og ældrecheck) år 2009 i moderne plejebolig (eksempler)**

Tabel 2	Lejlighed på 49 m <sup>2</sup>	Lejlighed på 68 m <sup>2</sup>	Lejlighed på 69,5 m <sup>2</sup>
	Kr. mdl.	Kr. mdl.	Kr. mdl.
Folkepension (grundbeløb og pensionstillæg)	10.543	10.543	10.543
Ældrecheck 10.300 kr. (udbetales én gang årligt)	858	858	858
Brutto	11.401	11.401	11.401
A-skat	- 2.946	- 2.946	- 2.946
Nettoindtægt	8.455	8.455	8.455
Husleje	- 5.620	- 5.920	- 8.312
Varme	- 359	- 594	-
El	-	-	-
Boligyldelse	4.454	4.494	5.741
Varmetillæg – cirka beløb	0	44	-
TV-licens (nedsat)	- 93	- 93	- 93
Telefonabonnement	- 134	- 134	- 134
<b>Indboforsikring</b>	- 120	- 120	-120
Til rådighed til øvrige udgifter	6.583	6.132	5.537
Fuld servicepakke i plejeboliger/ plejehjem (valgfrie ydelser)	-3.634	- 3.634	-3.634
<b>Netto til rådighed</b>	<b>2.949 kr.</b>	<b>2.498</b>	<b>1.903</b>

Der er tale om ombyggede moderne plejeboliger på henholdsvis 49 m<sup>2</sup> med årlig leje på 1.045 kr. pr. m<sup>2</sup> inkl. el, og 68 m<sup>2</sup> med årlig leje på 1.376 kr. pr. m<sup>2</sup> inkl. el samt 69,5 m<sup>2</sup> med årlig leje på 1.435 kr. pr. m<sup>2</sup> inkl. el og varme.

Boligbetalingen varierer således dels efter størrelsen af boligen og m<sup>2</sup>-priserne dels efter pensionistens indkomstforhold.

Fuld servicepakke: Kost 3.118 kr., vask af beklædning 163 kr., vask og leje af linned 163 kr., toiletartikler 78 kr., rengøringsartikler 70 kr. og vinduespolering, i alt 3.634 kr. om måneden. Fra 1. juli 2009 indføres et prisloft over egenbetaling for kost på 3.000 kr. månedlig (lovforslag).



**KØBENHAVNS KOMMUNE**  
Økonomiforvaltningen

Økonomiforvaltningen  
Att.: Elisabeth Kongsmark  
Københavns Rådhus  
1599 København V

21-04-2009

Sagsnr.  
2009-46697

Dokumentnr.  
2009-225583

**Supplerende kommentarer til Vanløse Lokaludvalgs høringssvar  
vedrørende bydelsplan**

Vanløse Lokaludvalg holdt ordinært møde den 16. april, hvor vi drøftede høringssvaret vedrørende Vanløse Bydelsplan.

Lokaludvalget har en kommentar til s. 27 i bydelsplanen, hvor der under "Eksempler på lokale forslag til virkemidler til at nå målsætningen for biltrafikken" er et forslag om at lukke Jernbane Allé med henblik på etablering af gågade. Det skal præciseres, at Vanløse Lokaludvalg ikke deler forslaget om at etablere gågade på Jernbane Allé, men derimod støtter forslaget om Jernbane Allé som shared space.

Med venlig hilsen

Bent Christensen  
Formand, Vanløse Lokaludvalg

**Vanløse Lokaludvalg**

2400 København NV

Mobil  
2880 0860

E-mail  
to@okf.kk.dk

EAN nummer  
5798009800213

www.kk.dk





## Til Sundheds- og Omsorgsudvalget

21-04-2009

### Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats

Sagsnr.  
2009-51091

Dokumentnr.  
2009-225956

Sagsbehandler  
Mette Riegels

Forebyggelseskommissionen offentliggjorde sin betænkning den 21. april 2009. Forebyggelseskommissionen havde fået til opgave at fremsætte en række forslag, som til sammen kan forøge danskernes middellevetid med tre år indenfor de næste ti år. Forslagene skal baseres på et dokumenteret og omkostningseffektivt grundlag. Desuden havde kommissionen fået i opdrag at have særligt fokus på mindre ressourcestærke grupper. Forebyggelseskommissionen har gennemført 31 analyser af, hvilke tiltag der kan medvirke til en længere levetid og bedre leveår.

Forebyggelseskommissionen har formuleret 52 anbefalinger indenfor kost, rygning, alkohol og motion samt tidlig opsporing og indsats, børn og unge, arbejdspladsen og viden og redskaber. Anbefalingerne falder dels indenfor regulering, det vil sige strukturel forebyggelse, og dels indenfor forebyggende tilbud.

De anbefalinger, der har fokus på regulering som fx aldersgrænser, afgifter og tilgængelighed ligger primært indenfor det nationale område, men enkelte indenfor det kommunale område. Anbefalingerne indenfor forebyggelsestilbud ligger derimod hovedsageligt indenfor det kommunale område.

Forebyggelseskommissionen fremsætter følgende anbefalinger direkte til den kommunale forebyggelsesindsats:

#### Regulering (strukturel forebyggelse):

- På alle uddannelsesinstitutioner forbydes rygning på institutionernes område.
- Uddannelsesinstitutioner skal udarbejde en alkoholpolitik, som offentliggøres.
- Kommunerne anvender bevillingsnævnenes mulighed for at reducere tilgængeligheden af alkohol på udskænkingssteder, særligt i boligkvarterer og nær uddannelsesinstitutioner.
- Kommunerne fremmer hensynet til fysisk aktivitet ved udarbejdelsen af kommune- og lokalplaner. Centrale elementer vedrører fx cykelstier, rekreative og bevægelsesvenlige miljøer og idrætslegepladser.
- En større del af den statslige og kommunale støtte til den foreningsbaserede idræt målrettes sundhedsfremmende aktiviteter, idet der samtidig tages hensyn til at fastholde frivillig deltagelse mv. i foreningslivet.

**Folkesundhed KBH -  
Stab**

Sjællandsgade 40, 1331  
2200 København N

Telefon  
3530 3537

E-mail  
VW09@suf.kk.dk

www.kk.dk

## **Forebyggelsestilbud:**

### *Rygning:*

- Rygestopkurser tilbydes af alle kommuner. Der lægges ekstra vægt på rekruttering af resourcesvage og unge. Der udvikles effektive rygestoptilbud, der kan mindske barrierer for at rekruttere disse grupper.
- Centrale aktører som almen praksis, sygehuse og arbejdspladser tilskyndes til at motivere og henvise til rygestopkurser.

### *Fysisk aktivitet:*

- Motion på recept skal målrettes og tilbydes personer med specifikke risikotilstande og sygdomme, hvor der er evidens for en sundhedseffekt. Med motion på recept menes sundhedsfagligt superviseret fysisk træning.
- Børn i 0. til 10. klasse skal være fysisk aktive mindst en time dagligt i skoledagen. Mulighederne herfor varierer på tværs af klassetrin og omfatter ud over idrætstimer aktiviteter, der kan indarbejdes i undervisningen, i SFO eller fysisk aktivitet i frikvarterer.
- Aktiv transport til og fra skole fremmes i samarbejde mellem forældre og skoler.

### *Kost:*

- Der skal tilbydes gratis frugtordninger på landets skoler.
- Kommunerne skal stille sundhedsmæssige krav i forpagtningsaftalerne til den mad, der serveres i idrætshallernes cafeterier.

### *Tidlig opsporing og indsats:*

- Kommunerne opfordres til at øge fokus på forebyggelse af faldulykker hos ældre gennem tidlig opsporing via de kommunale forebyggende hjemmebesøg, visitationsbesøg og den regelmæssige kontakt mellem plejepersonalet og den ældre.

### *Børn og unge:*

- Der udvikles og anvendes undervisningsprogrammer med veldokumenteret effekt i grundskolens undervisning i sund levevis.
- Faggrupper indenfor den kommunale sundhedstjeneste opfordres til samarbejde om tidlig identifikation af risikoadfærd.
- Tilbud i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste justeres og målrettes indenfor de eksisterende ordninger. Det kan formentlig være hensigtsmæssigt at erstatte 3-års undersøgelse i almen praksis med enten et besøg ved sundhedsplejersker til familier med 3-årige eller med en 12-års



forebyggende sundhedssamtale i den kommunale sundhedstjeneste.

- Medarbejderne i den kommunale sundhedstjeneste og alment praktiserende læger opfordres til at oplyse forældre, som ryger, om de sundhedsmæssige konsekvenser af at udsætte deres børn for passiv rygning.
- Alle grundskoler skal udarbejde alkoholpolitikker i samarbejde med forældrene.

#### *Arbejdspladsen:*

- Ud over at arbejdsmiljølovgivningens krav skal overholdes, bør medarbejdere, hvor det er relevant, sikres tilbud om træning med henblik på at øge deres fysiske styrke og kondition for at forebygge nedslidning.
- Kommunerne opfordres til støtte virksomheder, der ønsker at prioritere forebyggelse på arbejdspladsen, med viden og praktisk know how.

#### *Viden og redskaber:*

- Forebyggelsesaktiviteter bør så vidt mulig være evidensbaserede. Udover styrket vidensindsamling ledsages statsligt igangsatte forebyggelsesprojekter af midler til videnskabelig evaluering. Kommuner opfordres til at gå sammen om gennemførelse af undersøgelser på tværs af kommunale forebyggelsesindsatser med inddragelse af relevante forskningsmiljøer.
- Der sikres løbende kommunal såvel som national monitorering af børn, unge og voksnes sundheds- og sygelighedstilstand og af faktorer, der er af betydning for sundhedstilstanden: Sundhedsadfærd, sundhedsvaner og livsstil.
- Koordineringen og samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis understøttes gennem etableringen af en let tilgængelig, overskuelig og opdateret information om kommunale sundhedstilbud.
- Der gennemføres konsekvensvurderinger af politiske beslutninger nationalt og på kommunalt niveau, hvor en beslutning formodes at kunne få en direkte og dokumenteret effekt på borgernes sundhed og sygelighed.

Forebyggelseskommissionens betænkning følges op af en national handlingsplan for forebyggelse.

Københavns Kommune er allerede godt i gang med nogle af de initiativer kommissionen anbefaler, mens der på andre områder er et udviklingspotentiale. Konkrete københavnske perspektiver i relation til betænkningen forelægges til politisk behandling i Sundheds- og Omsorgsudvalget 7. maj 2009.





# Vi kan leve længere og sundere

Forebyggelseskommissionens anbefalinger  
til en styrket forebyggende indsats





## Vi kan leve længere og sundere

Rygning, alkohol, usund kost og for lidt motion er årsag til ca. 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Vi lever kortere, end vi burde, og vi er samtidig mere syge, end vi burde være. Mange af os er begyndt at leve sundere, men der er et stykke vej endnu.

Derfor er det vigtigt at styrke folkesundheden gennem øget sundhedsfremme og forebyggelse. Danskerne skal leve længere, og målet er klart: Middellevetiden skal hæves med 3 år, vi skal have flere gode leveår, og vi skal have brudt uligheden i sundheden.

Forebyggelseskommissionen kommer med en række forslag til en styrket indsats på forebyggelsesområdet. Forebyggelseskommissionen har analyseret, hvilke sundhedsmæssige udfordringer samfundet står overfor i dag, og har på den baggrund vurderet, hvilke forebyggelsestiltag der rent faktisk virker og fremover bør prioriteres.

Analysearbejdet har været højt prioriteret af kommissionen. Ambitionen har været at komme bag om den store mængde af viden, der findes på forebyggelsesområdet, så kommissionens anbefalinger hviler på et så veldokumenteret og solidt videnskabeligt grundlag som muligt.

*God læselyst*

Mette Wier  
Formand for Forebyggelseskommissionen

## Forebyggelseskommissionens opgave

Forebyggelseskommissionen har fået følgende opgave (kommissorium):

*"I dag er usund kost, rygning, alkohol og for lidt idræt og motion årsag til ca. 40 pct. af alle sygdomme og tidlige dødsfald. Og den usunde livsstil er mest udbredt i de mindre ressourcestærke grupper.*

*Med sundhedsloven og kommunalreformen har regeringen skabt klare rammer for såvel den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme som den patientrettede forebyggelse.*

*Borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i borgernes hverdag, og det er derfor naturligt, at ansvaret er forankret i kommunerne. Samtidig har kommunerne og regionerne fået ansvaret for den patientrettede forebyggelse, hvor særligt kronikerområdet i dag udgør en stor udfordring.*

*Men forebyggelse og sundhedsfremme er også et fælles ansvar, som alle dele af samfundet skal bidrage til at løfte. Dvs. staten, regioner, kommuner, arbejdsmarkedets parter, virksomhederne, civilsamfundet, familierne og den enkelte. Der er fx et forebyggelsespotentialer i arbejdsmiljøet i forhold til en række af de væsentligste folkesygdomme.*

*Det er regeringens mål, at den gennemsnitlige levetid skal forlænges med 3 år over de næste 10 år.*

*Regeringen nedsætter derfor en hurtigt arbejdende forebyggelseskommission, der skal analysere og fremsætte forslag til en styrket forebyggende indsats. Forslagene skal baseres på et dokumenteret og omkostningseffektivt grundlag.*

*Kommissionens arbejde skal være debatskabende og bygge på åbenhed og dialog i forhold til både befolkningen og aktører inden for området.*

### **Kommissionen skal:**

- Analysere hvilke sundhedsmæssige udfordringer samfundet står overfor i dag og på baggrund heraf vurdere, hvilke indsatsområder der fremover bør prioriteres. I denne prioritering skal der også tages hensyn til, at den enkeltes personlige ansvar for egen sundhed styrkes.*
- Komme med forslag på et dokumenteret og omkostningseffektivt grundlag, der kan styrke den forebyggende indsats, herunder med særligt fokus på mindre ressourcestærke grupper.*
- Undersøge konsekvenserne af differentieret moms, hvor momsen på frisk frugt og grønt sættes ned.*
- Kortlægge og vurdere virkningen af allerede eksisterende ordninger med henblik på omprioritering og målretning af eksisterende initiativer og nye forslag.*
- Inddrage internationale erfaringer og ekspertise, hvor det skønnes nødvendigt.*
- Vurdere de økonomiske og administrative konsekvenser af forslagene på kort og lang sigt, herunder mer- og mindreudgifter ved forslagene.*

*Der skal i kommissionens arbejde generelt være fokus på forslag og redskaber, der har dokumenteret virkning i forebyggelsen. Det gælder såvel i forhold til nye forslag som i forhold til vurderingen af den eksisterende forebyggelsesindsats, hvor en omprioritering kan frigøre midler til nye forslag. Mere omkostningseffektive løsninger kan i sig selv frigøre et råderum.*

## Arbejdsproces

Med henblik på en bred afdækning af synspunkter skal kommissionen som led i sit arbejde og før afgivelsen af sin endelige betænkning sikre relevante aktører, herunder organisationer, mulighed for en aktiv inddragelse.

- Kommissionen skal igennem åben dialog søge at inddrage både aktører og organisationer på sundhedsfremme - og forebyggelsesområdet i kommissionens arbejde.
- Kommissionen skal være debatskabende og være med til at sætte sundhedsfremme og forebyggelse på både borgeres og politikeres dagorden.
- Kommissionens arbejde skal koordineres med andre relevante initiativer som f.eks. forebyggelse-handlingsplanen på ældreområdet, regeringens indsats for at nedbringe sygefraværet og Forebyggelsesfonden.

## Sammensætning

Kommissionen sammensættes af en formand og 9 medlemmer udpeget af ministeren for sundhed og forebyggelse, herunder et medlem indstillet af KL og et af Danske Regioner. Medlemmerne skal dække et bredt kompetencefelt ift. sundhed og forebyggelse, sundhedsøkonomi, samfunds- og kommuneøkonomi.

Forebyggelseskommissionens sekretariatsfunktion varetages af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand) og Sundhedsstyrelsen i samarbejde med Finansministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Velfærdsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Fødevareministeriet og Kulturministeriet. Sekretariatet inddrager også andre fagministerier, når dette er relevant. Formanden for sekretariatet deltager i kommissionens møder, mens øvrige sekretariatsmedarbejdere kan deltage efter behov og efter aftale med kommissionsformanden.

Kommissionen kan rekvirere eksterne analyser i det omfang, kommissionen finder behov herfor. Kommissionen færdiggør sit arbejde primo 2009.

Kommissionen kan afrapportere om analyseresultater og foreløbige forslag til regeringen i det omfang, det vurderes hensigtsmæssigt.

Kommissionen skal forud for offentliggørelsen orientere regeringen om kommissionens anbefalinger.

Med afsæt i kommissionens endelige betænkning vil regeringen sammen med kommuner og regioner i 2009 udarbejde og lancere en national handlingsplan for forebyggelse med klare mål for indsatsen.

Handlingsplanen skal løbe frem til 2015.”

## Forebyggelseskommissionens medlemmer

Kommissionen er sammensat af følgende personer:

- Mette Wier (formand), professor, ph.d., direktør for AKF (Anvendt Kommunal Forskning).
- Carsten Bjerg, koncernchef, Grundfos.
- Morten Grønnebæk, professor, dr. med., forskningschef, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Bjarne Ibsen, professor, ph.d., Syddansk Universitet.
- Bo Johansen, regionsdirektør, Region Midtjylland.
- Jane Kraglund, sundhedsdirektør, Region Syddanmark – efter indstilling fra Danske Regioner.
- Thomas Pallesen, professor, ph.d., Århus Universitet.
- Bente Klarlund Pedersen, professor, dr. med., overlæge, Rigshospitalet og Københavns Universitet.



- Erling Friis Poulsen, afdelingschef, KL – efter indstilling fra KL.
- Palle Ørbæk, direktør, dr. med., Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

### **Sekretariatsbetjening**

Kommissionen har været betjent af et sekretariat forankret i Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Finansministeriet, Økonomi- og Erhvervsministeriet, Velfærdsministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Fødevareministeriet, Kulturministeriet og Sundhedsstyrelsen har indgået i sekretariatet og bidraget til kommissionens arbejde.

### **Kommissionens arbejde**

Kommissionen har i perioden fra 10. marts 2008 til 31. marts 2009 afholdt 13 møder.

Kommissionens arbejde indledtes med et 2-dages seminar, hvor en række centrale aktører og organisationer på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet fik mulighed for at komme med input til kommissionens arbejde.

Kommissionen afholdt i juni 2008 en workshop om partnerskaber i sundhed med deltagelse af en række offentlige og private aktører.

Samtidig har en række aktører holdt oplæg på kommissionens møder, ligesom kommissionens formand har holdt møder med en række foreninger og organisationer.

Kommissionen har gennemført 31 analyser, af hvilke tiltag der kan medvirke til en længere levetid og bedre leveår.

## Store udfordringer for danskernes sundhed

Danskerne lever kortere end folk i de lande, vi normalt sammenligner os med. Siden 1950 er Danmark gået fra at være blandt de 4-6 OECD-lande, hvor man lever længst, til i dag at befinde sig på omkring en 20. plads. Vi lever i dag ca. 8 år længere end for 60 år siden, men vi er saktet bagefter i forhold til andre lande. Svenskerne lever fx godt 2½ år længere end danskerne.

Danmarks stadig dårligere placering skyldes især udviklingen frem til midten af 1990'erne, hvor midllevetiden ikke steg så meget som i de øvrige OECD-lande. Efter midten af 1990'erne er væksten i midllevetiden taget til igen, men midllevetiden var i 2006 stadig under gennemsnittet for OECD-landene, jf. tabel.1

Tabel 1 – Middellevetiden i Danmark og OECD-gennemsnittet

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2006
<i>Mænd</i>							
Danmark	69,1	70,4	70,7	71,2	72,0	74,5	76,1
OECD-gennemsnit (simpelt)	64,3	65,8	67,1	69,3	71,6	74,3	76,0
Placering	4	5	5	10	19	19	17
<i>Kvinder</i>							
Danmark	71,5	74,4	75,9	77,3	77,7	79,3	80,7
OECD-gennemsnit (simpelt)	68,7	70,9	73,2	76,0	78,2	80,3	81,7
Placering	6	6	6	14	21	23	20
<i>I alt</i>							
Danmark	70,3	72,4	73,3	74,3	74,9	76,9	78,4
OECD-gennemsnit (simpelt)	66,5	68,4	70,2	72,7	74,9	77,3	78,9
Placering	5	5	6	11	20	20	20

Kilde: Human mortality index ([www.mortality.org](http://www.mortality.org)) og OECD Health Data 2008.

## Vi lever dårligere, indtil vi dør tidligere

Udfordringen er ikke bare, at vi lever kortere, end vi burde, sammenlignet med andre lande. Udfordringen er også, at de sidste år, vi lever, ofte er præget af dårligt helbred. Det skyldes ikke mindst, at vi har en række usunde vaner, der hænger tæt sammen med livsstilssygdommene hjerte-kar-sygdom, sukkersyge (diabetes 2), lungekræft og leversygdomme. Det drejer sig især om vores livsstil i forhold til de fire KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion).

Kost, Rygning, Alkohol og Motion har afgørende betydning for dødelighed og middellevetid. Rygning, fysisk inaktivitet, alkohol og usund kost er årsag til ca. 40 pct. af alle dødsfald.

Tabel 2 – De væsentligste risikofaktorerens betydning for dødelighed og middellevetid

	Andel af dødsfald	Reduktion i middellevetid	Reduktion i middellevetid for den enkelte med risikoadfærd	Tabte kvalitetsjusterede leveår <sup>1</sup>
	Pct.	År	År	År
Rygning	23,8	3,1	9,5	10,4 <sup>1)</sup>
Fysisk inaktivitet	7,4	0,8	5,3	7,1
Alkohol	5,2	0,9	4,5	4,2
For lidt frugt og grønt	3,8	0,4	-	-
For meget mættet fedt	3,7	0,4	-	-
Arbejdsbetingede lidelser	3,4	0,5	-	-
Passiv rygning	3,3	0,4	-	-
Hjemme- og fritidsulykker	3,1	0,4	-	-
Psykisk arbejdsbelastning	2,5	0,5	1,4	2,0
Overvægt	2,3	0,5	2,7	4,3 <sup>1)</sup>

1) For hhv. storrygere og svært overvægtige

Kilde: Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark, Juel K., Sørensen J. og Brønnum-Hansen H. København, Statens Institut for Folkesundhed, 2006.

## Rygning er den største synder

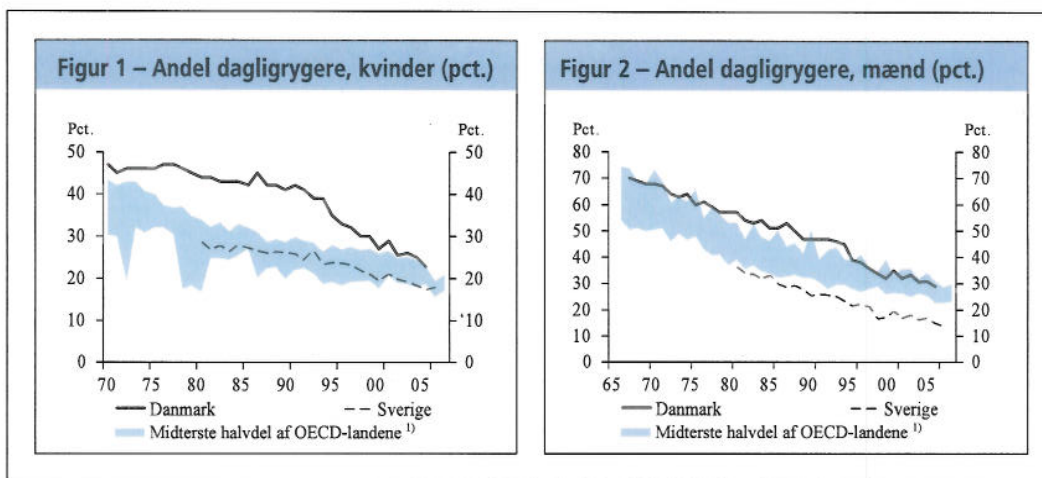
Samlet set er rygning den væsentligste risikofaktor i forhold til dødelighed og middellevetid. Knap en fjerdedel af alle årlige dødsfald kan henføres direkte til rygning, og danskernes samlede middellevetid ville være tre år højere, hvis ingen røg i dag. En ryger lever i gennemsnit næsten 10 år kortere end en person, der aldrig har røget.

Andelen af dagligrygere i Danmark er som i resten af OECD-landene reduceret betydeligt siden 1970 og særligt i de seneste 10-15 år. Men Danmark ligger fortsat i den høje ende sammenlignet med de øvrige OECD-lande, jf. figur 1 og 2.

Tobak er ifølge WHO den næststørste dødsårsag i verden og er direkte ansvarlig for omkring 10 pct. af alle dødsfald blandt voksne. Rygning anses for at være den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed.

1 Kvalitetsjusterede leveår er en indikator, som kombinerer dødelighed og helbredsstatus ved at justere et leveår i forhold til, om helbredet er mere eller mindre godt. Justeringen foretages ud fra 5 faktorer; mobilitet, personlig pleje, udførelse af sædvanlige aktiviteter, smerte/ubehag og angst og depressioner.





## KRAM-faktorer har afgørende betydning

Men det er ikke kun rygning, der har betydning. Usund kost, mangel på motion og for meget alkohol er ligeledes meget centrale faktorer af stor betydning for både levetid og livskvalitet. Mangel på motion betyder, at vi får 7 år med nedsat livskvalitet, og at livet bliver godt 5 år kortere, og et for stort alkoholforbrug resulterer i knap 5 års kortere levetid og godt 4 år med nedsat livskvalitet.

Danmark ligger internationalt dårligt i forhold til rygning og alkohol. De to risikofaktorer er de væsentligste årsager til, at vi lever markant kortere end svenskerne og samtidig er mere syge.

Siden midten af 1990'erne er der blevet færre dagligrygere, forbruget af frugt og grønt er steget, og alkoholforbruget er reduceret en anelse. Skal forskellen i middellevetiden i forhold til fx Sverige reduceres væsentligt, kræver det dog en yderligere reduktion i tobaks- og alkoholforbruget.

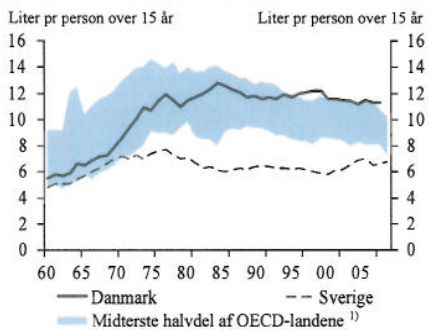
## Højt alkoholforbrug og for meget sukker

Alkoholforbruget i Danmark blev mere end fordoblet fra 1961 til midt i 1980'erne, hvorefter forbruget stort set har været uændret. Forøgelsen i den tidlige periode har været større end i de øvrige OECD-lande og væsentligt større end i Sverige, jf. figur 3. I 2004 var det årlige forbrug mere end 11 liter pr. person, hvilket kun overgås af fem andre OECD-lande (Storbritannien, Irland, Frankrig, Tjekkiet og Ungarn).

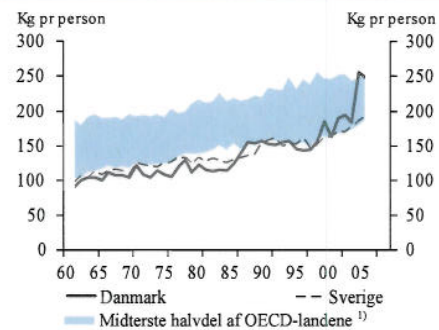
For danskernes forbrug af fødevarer er der både positive og negative tendenser. Danskerne har ligesom svenskerne længe haft et relativt lavt forbrug af frugt og grønt i forhold til de øvrige OECD-lande, men inden for de seneste 20-25 år er forbruget steget mærkbart, jf. figur 4. Forbruget af fedt og sukker har været relativt stabilt fra 1961 til 2004, jf. figur 5 og 6. Danmark er dog stadig et af de lande i OECD, der har størst forbrug af sukker pr. indbygger, og mange af os spiser mere end de officielle anbefalinger – særligt børn og unge.

Knap 80 pct. af både børn og voksne indtager mere fedt end officielt anbefalet. I forhold til sukker indtager ca. 65 pct. af børnene og 35 pct. af de voksne mere end anbefalet. For frugt og grønt spiser godt 30 pct. af børnene den anbefalede daglige mængde, mens det for voksne er knap 20 pct.

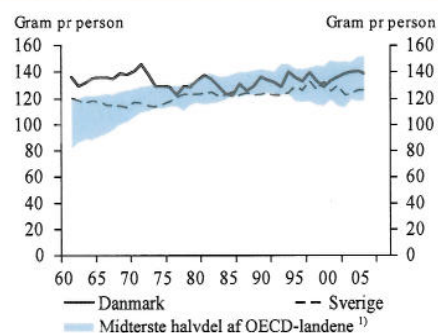
**Figur 3 – Årligt alkoholforbrug**



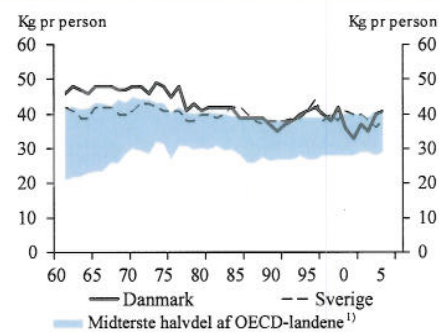
**Figur 4 – Årligt forbrug af frugt og grønt**



**Figur 5 – Dagligt fedtforbrug**



**Figur 6 – Årligt sukkerforbrug**

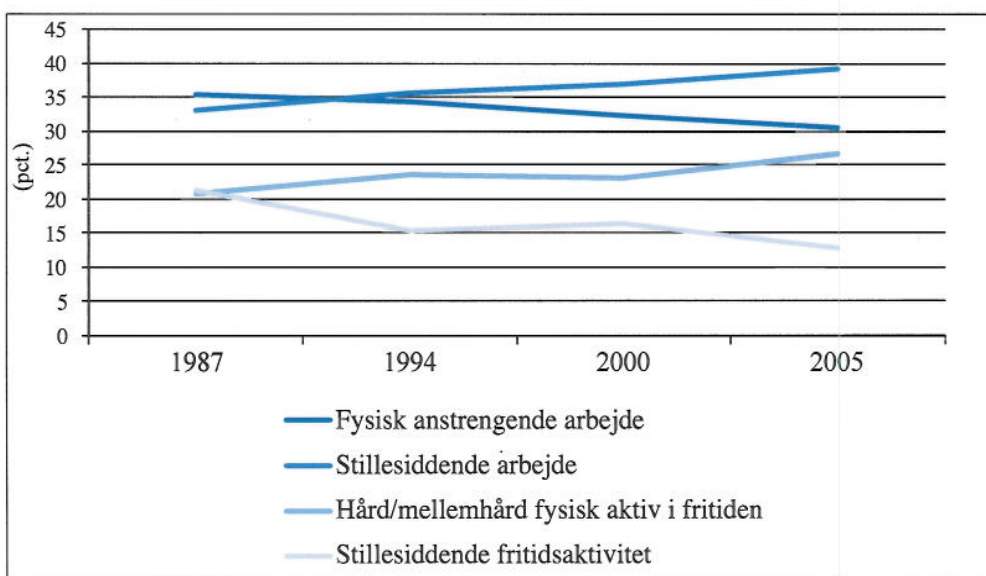


Anm: 1) Det skraverede område viser de midterste to kvartiler, dvs. halvdelen af OECD-landene ligger i dette interval. 2) Tal for fødevarerforbruget (sukker, fedt, frugt og grønt) er i OECD Health Data opgjort som forsyningstal, dvs. produktion minus eksport plus import. Det betyder, at der ikke er tale om, hvad der spises, men hvad der produceres. Der vil være et betydeligt svind fra produktion til spist mængde. Data for forsyning kan benyttes til at vurdere udviklingstendenser, men ikke til at vurdere den mængde, der spises. Tallene bør derfor tolkes med varsomhed.  
Kilde: OECD Health Data 2008 samt egne beregninger.

## Vi dyrker for lidt motion

I forhold til midt i 1980'erne er der færre danskere, der har et fysisk krævende job. 40 pct. af danskerne har i dag et stillesiddende job. Vi bevæger os altså ikke så meget i løbet af en arbejdsdag. Andelen af voksne danskere, der er fysisk aktive i fritiden, er dog siden 1987 steget med 6 pct. til godt 26 pct. i 2005. Ikke desto mindre er for lidt fysisk aktivitet stadig en af de væsentligste årsager til, at danskerne dør for tidligt og har nedsat livskvalitet.

Figur 7 – Udviklingen i fysisk inaktivitet 1987-2005 (pct.)



Kilde: Sundhed og sygelighed i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed, 2005

## Dobbelt så mange svært overvægtige

Andelen af svært overvægtige i Danmark er fordoblet fra ca. 5,5 pct. af befolkningen i 1987 til ca. 11,4 pct. af befolkningen i 2005, jf. tabel 3. Omkring en tredjedel var overvægtige i 2005 svarende omtrent til niveauet i 2000.

Tabel 3 – Udviklingen i overvægt (pct.)

	1987	1994	2000	2005
Svært overvægtige i pct., mænd og kvinder (i alt)	5,5	7,6	9,5	11,4
Svært overvægtige i pct., mænd	-	8,2	9,8	11,0
Svært overvægtige i pct., kvinder	-	7,0	9,1	11,8
Overvægtige i pct., mænd og kvinder (i alt)	-	-	32,3	33,2
Overvægtige i pct., mænd	-	-	39,8	40,9
Overvægtige i pct., kvinder	-	-	24,9	26,4

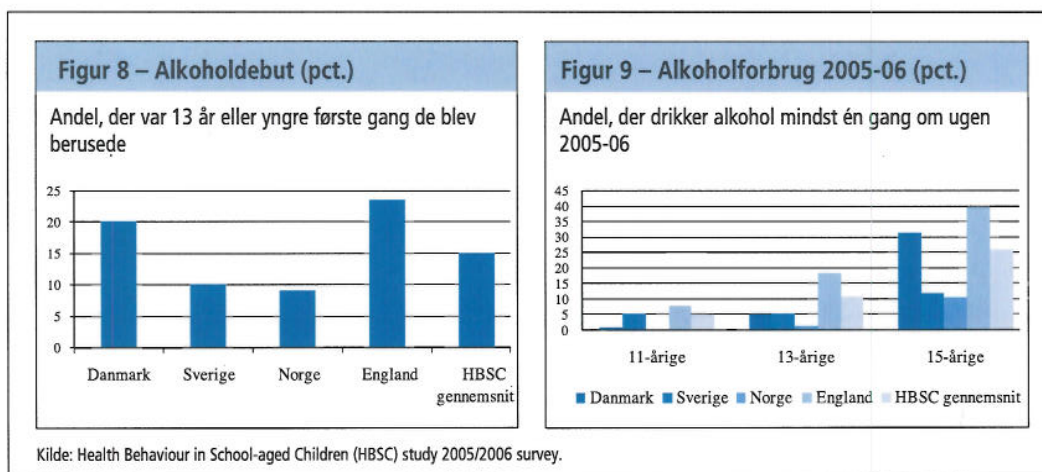
Anm.: Svær overvægt defineret som et BMI (Body Mass Index) på over 30. Overvægt defineret som et BMI på mellem 25 og 30.  
Kilde: Sundhed og Sygelighed i Danmark; Statens Institut for Folkesundhed; 2006.



## Danske unge drikker meget, og mange er overvægtige

Unge i Danmark begynder at drikke tidligere end i Norge og Sverige, og de drikker væsentligt mere. Danske børn og unge er dog blandt de mindst rygende børn og unge i Europa – dog ikke mindre rygende end unge i Norge og Sverige – og overvægt er ikke ligeså udbredt blandt danske børn og unge som i fx Sverige, Norge og Storbritannien. Til trods for danske børn og unges positive placering i forhold til andre europæiske lande må den nuværende forekomst af rygere og svært overvægtige samt den tidlige alkoholdebut betegnes som en væsentlig sundhedsmæssig udfordring.

Andelen af danske 15-årige, som drikker alkohol mindst én gang om ugen, er væsentligt højere i Danmark sammenlignet med Sverige og Norge, jf. figur 9.

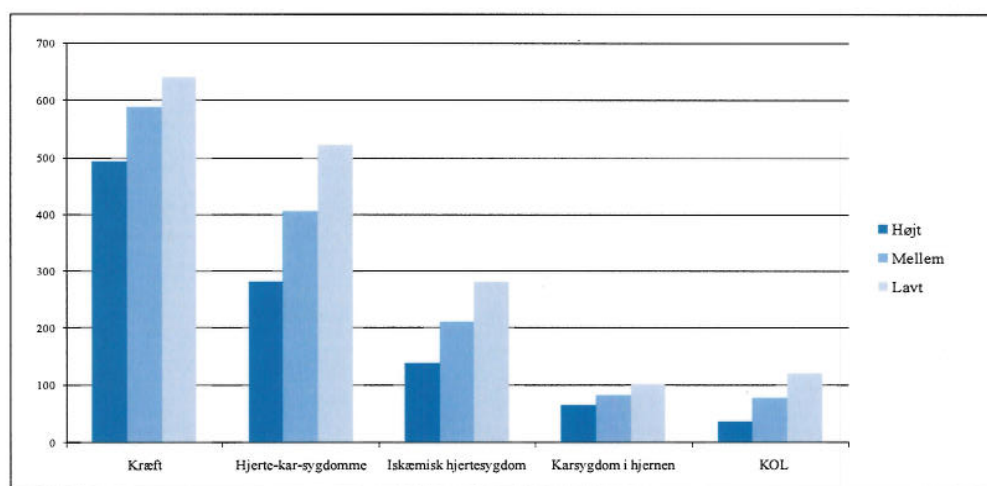


## Sundheden har social slagside

Alt efter hvem man er, og hvor mange ressourcer man har, er der stor forskel på, hvor sundt man lever. Uddannelsesniveaulet ser således ud til at have indflydelse på danskernes sundhed. Personer med kort og mellemlang uddannelse lever i gennemsnit henholdsvis ca. 3 og 2 år kortere end personer med lang, videregående uddannelse. Ydermere har de med kortere uddannelse flere år med nedsat livskvalitet. De samme forskelle ses i forhold til dødeligheden indenfor de store folkesygdomme og i forhold til risikoadfærd. I forhold til indtaget af alkohol, er sammenhængen imidlertid omvendt, idet personer med mellemlang og lang uddannelse drikker mere end kortuddannede.

Forskellene i forventet middellevetid og kvalitetsjusterede leveår på tværs af uddannelsesniveau findes også i de underliggende dødsårsager. Figur 10 viser markante forskelle i dødeligheden på tværs af uddannelsesniveau for de største dødsårsager – kræft, hjerte-kar-sygdom og KOL.

**Figur 10 – Udvalgte årsagsspecifikke, aldersstandardiserede dødsrater (antal dødsfald pr. 100.000) for 30-74-årige opdelt på uddannelsesnivea**



Kilde: Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark 2007.

## Den offentlige forebyggelsesindsats

Allerede i dag er der en betydelig offentlig aktivitet på forebyggelsesområdet – ligesom mange private aktører spiller en vigtig rolle – f.eks. idrætsforeninger, patientforeninger og arbejdspladser.

De overordnede rammer for forebyggelse og sundhedsfremme er fastlagt i sundhedsloven. Den overordnede arbejdsdeling mellem stat, regioner og kommuner er:

### Staten står for den overordnede planlægning

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse varetager de overordnede opgaver, når det gælder planlægning, samordning og udvikling af indsatsen om sundhedsfremme og forebyggelse. Derudover varetager en række andre ministerier forebyggelsesopgaver i kraft af deres ressortområde. Et eksempel kan være Undervisningsministeriet, som varetager opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme i uddannelsessystemet. Konkret kan det være undervisning i folkeskolen i sundhed, livsstil og fysisk aktivitet i fagene hjemkundskab, sundheds- og seksualundervisning, familiekundskab og idræt.

### Regionerne fokuserer på den patientrettede forebyggelse

Regionerne står for den patientrettede forebyggelse, hvor regionerne ifølge sundhedsloven bl.a. skal samarbejde med kommunerne om indsatsen i forhold til kronisk og langvarigt syge. Kommuner og regioner har metodefrihed i forhold til indsatsen, men eksempler på indsatser kunne være udvikling og implementering af forløbsprogrammer og tilbud om patientuddannelse. Regionerne skal også tilbyde rådgivning mv. i forhold til kommunernes indsats. Regionerne har endvidere ansvaret for at sikre udviklings- og forskningsarbejde med henblik på at uddanne sundhedspersoner til at varetage sundhedsopgaverne på et højt fagligt niveau. Endeligt ligger der en betydelig aktivitet integreret i de opgaver, som varetages i almen praksis og på sygehusene.

### Kommunernes indsats er både borger- og patientrettet

Med kommunalreformen og den reviderede sundhedslov har de 98 kommuner fået en række



nye opgaver på sundhedsområdet. Det drejer sig om ansvaret for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse og ansvaret for den del af den patientrettede forebyggelse, som ikke foregår på sygehuse og hos de praktiserende læger. Tanken er, at nærheden til borgerne giver kommunerne gode muligheder for at følge og påvirke borgernes sundhed. Hertil kommer, at kommunerne har mulighed for at tilrettelægge en sammenhængende indsats på tværs af fx den sociale indsats, skole, fritidsliv, fysiske rammer mv.

## Forebyggelseskommissionens analyser og anbefalinger

### Forebyggelseskommissionen har gennemført 31 analyser

Det har været kommissionens ambition at evaluere sundhedseffekter i forhold til omkostninger med særligt fokus på offentlige omkostninger.

Forebyggelsesindsatser kan opdeles i to hovedgrupper:

1. Forebyggelsestilbud som fx rygestopkurser, kampagner, undervisning og skolemadsordninger.
2. Regulering som fx afgifter, tilskud, forbud, påbud og infrastruktur.

Det har været en vigtig ambition for kommissionen at få det bedst mulige analytiske grundlag for anbefalingerne.

I alt har kommissionen gennemført 31 konkrete analyser. Mange af analyserne bygger på et omfattende videnskabeligt materiale. Det har ikke været muligt at estimere sundhedseffekter og omkostninger i alle analyserne.

Analyserne kan ses i hovedrapporten. Bilag 1 indeholder en oversigt over de 31 analyser. Nedenfor er en række af de væsentligste konklusioner gengivet i forbindelse med kommissionens konkrete forslag.

### 52 anbefalinger til et længere og bedre liv

Det er et personligt ansvar at sikre sunde vaner og et langt og sundt liv. Men det sunde valg er ikke altid det lette valg. Det gør sig særligt gældende i resourcesvage grupper i samfundet, hvor usund livsstil er særlig udbredt og dermed også de negative sundhedsmæssige konsekvenser heraf. Samfundet har derfor et ansvar for at understøtte det personlige ansvar og stille rammer og tilbud til rådighed, der hjælper den enkelte borger med at vælge en sund livsstil.

Udgangspunktet for forebyggelseskommissionens valg af anbefalinger er, at anbefalingerne så vidt muligt skal være dokumenterede og omkostningseffektive. Anbefalingerne skal endvidere rette sig mod de væsentligste sundhedsmæssige udfordringer på forebyggelsesområdet i dag. Det vil sige indsatser over for risikofaktorerne rygning, usund kost, alkohol og fysisk inaktivitet.

Forebyggelseskommissionen har 52 konkrete anbefalinger inden for 8 centrale fokusområder:

1. Rygning
2. Alkohol
3. Fysisk aktivitet
4. Kost
5. Målrettet tidlig opsporing



6. Indsatser på arbejdspladsen
7. Indsatser målrettet børn og unge
8. Viden og redskaber

18 af anbefalingerne kan karakteriseres som regulering, imens 28 anbefalinger kan karakteriseres som forebyggelsestilbud. Endvidere har kommissionen fremsat 6 anbefalinger til understøttende indsatser som fx en styrket forskningsindsats og systematisk national monitorering.

## Rygning

Ca. 14.000 eller knap en fjerdedel af alle årlige dødsfald i Danmark skyldes rygning. Ryger man, lever man i gennemsnit næsten 10 år kortere end en person, der aldrig har røget, og man kan forvente at få et tilsvarende antal år med nedsat livskvalitet. Danskernes gennemsnitlige levetid ville være godt 3 år længere, hvis der ikke var dødsfald relateret til rygning overhovedet.

Forebyggelseskommissionen har i forhold til rygning analyseret en række forebyggelsesindsatser. De mest centrale er:

En fordobling af afgiften på tobak i forhold til niveauet pr. 1. januar 2009 svarende til en pris på ca. 50 kr. for 20 cigaretter forventes at reducere forbruget med 8 pct. og på lang sigt at øge danskernes middellevetid med godt 3 måneder.

Et totalt forbud mod at ryge indendørs i det offentlige rum vil ifølge kommissionens analyse øge danskernes middellevetid med knap ½ år set i forhold til en situation uden rygeforbud. Med Lov om røgfri miljøer fra august 2007 er der allerede indført et omfattende forbud mod rygning i det offentlige rum, og det må derfor forventes, at danskerne allerede med den eksisterende lovgivning har opnået en væsentlig del af den forventede effekt på middellevetiden. Ca. 6 pct. af befolkningen er imidlertid stadig dagligt udsat for passiv rygning på arbejdspladsen. Og på serveringssteder kan der formentlig fortsat være betydelige sundhedsmæssige gevinster forbundet med en skærpelse af rygelovens bestemmelser.

Der findes i dag et forbud mod tobaksreklamer i Danmark. Forbuddet tillader imidlertid fortsat, at cigaretter og tobaksvarer er synlige i dagligvarebutikker og på tankstationer. Et totalforbud mod eksponering af tobaksvarer kan forventes at mindske salget af cigaretter.

Der er evidens for, at rygestopkurser er en effektiv metode til rygestop for rygere, og stort set alle kommuner i Danmark tilbyder også rygestoprådgivning til borgerne. Knap 1 pct. af alle rygere deltager årligt på rygestopkurser. Forebyggelseskommissionens analyser viser, at den eksisterende aktivitet er forbundet med en forøgelse af middellevetiden på ca. 1 måned. Hvis deltagelsen kunne øges til fx 3,5 pct., ville det medføre en yderligere levetidsgevinst på næsten 3 måneder.

## Kommissionens anbefalinger:

### Regulering:

1. Tobaksafgiften fordobles i forhold til niveauet i 2009 gennem forhøjelse af stykafgiften, så prisen for en pakke cigaretter bliver ca. 50. Kr. Tobaksafgiften pristalsreguleres løbende.
2. Rygning forbydes indendørs, bort set fra i eget hjem.
3. På alle uddannelsesinstitutioner forbydes rygning på institutionernes område.
4. Der indføres forbud mod synlighed af tobaksvarer på salgssteder.
5. Håndhævelsen af det eksisterende forbud mod salg af tobak til personer under 18 år skærpes.
6. Der indføres billedadvarselmærkning på tobakspakker.

### Forebyggelsestilbud

7. Rygestopkurser tilbydes af alle kommuner. Der lægges ekstra vægt på rekruttering af ressourcetsvage og unge. Der udvikles effektive rygestoptilbud, der kan mindske barrierer for at rekruttere disse grupper.
8. Centrale aktører som almen praksis, sygehuse og arbejdspladser tilskyndes til at motivere og henvise til rygestopkurser.

## Alkohol

Ca. 3.000 dødsfald kan hvert år henføres til indtagelse af alkohol. Herudover sker der årligt alkoholrelaterede dødsfald i trafikken og på arbejdspladsen. Et alkoholforbrug over de officielle genstandsgrænser reducerer i gennemsnit levetiden med næsten 5 år og medfører ca. 4 år med nedsat livskvalitet sammenlignet med en person, som overholder grænserne. Et stort alkoholindtag har endvidere en række afledte negative konsekvenser som fx øget kriminalitet og vold, arbejdsskader og anbringelse af børn fra misbrugsramte familier udenfor hjemmet.

Forebyggelseskommissionen har i forhold til alkohol analyseret en række forebyggelsesindsatser. De mest centrale er:

Forebyggelseskommissionen har analyseret effekten af at hæve aldersgrænsen fra 16 til 18 år for salg af alkohol. Analysen er baseret på en række internationale studier, der viser forskellige effekter. Kommissionen lægger dog vægt på, at en hævelse af aldersgrænsen vil have en stærk signalværdi. Kommissionen har alternativt overvejet målrettede afgifter til de alkoholtyper, der særligt markedsføres over for unge, men har vurderet, at en hævet aldersgrænse er den mest effektive indsats.

En række nyere studier peger på en sammenhæng imellem eksponeringen for alkoholreklamer i forskellige medier – fx blade, tv, radio og film – og et øget alkoholforbrug. Et alkoholreklameforbud sender på samme måde som en højere aldersgrænse et klart signal og kan dermed bidrage til ændring af normerne omkring alkohol.

Flere analyser peger på, at der er en sammenhæng imellem tilgængeligheden af alkohol og forbrug, herunder særligt unges forbrug såvel som alkoholrelaterede voldsepisoder, ulykker



mv. En mere restriktiv tildeling af alkoholbevillinger, fx i boligområder eller områder nær ungdomsinstitutioner, vil formentlig kunne reducere særligt unges alkoholforbrug.

Der er dokumentation for, at farmakologiske og psykosociale behandlingsindsatser, herunder familieorienteret behandling, har positive effekter på alkoholafvænnning. Alkoholbehandling tilbydes oftest på et alkoholambulatorium, hvoraf tre fjerdedele er ejet af kommunerne, mens den sidste fjerdedel er private tilbud. Der er stor forskel i kvaliteten af tilbuddene.

### ***Kommissionens anbefalinger:***

#### *Regulering:*

9. Aldersgrænsen for salg af alkohol til unge hæves fra 16 til 18 år. Håndhævelsen af aldersgrænsen skærpes.
10. Uddannelsesinstitutioner skal udarbejde en alkoholpolitik som offentliggøres.
11. Der indføres forbud mod kommerciel reklamering for alkohol i alle medier.
12. Kommunerne anvender bevillingsnævnenes mulighed for at reducere tilgængeligheden af alkohol på udskænkingssteder, særligt i boligkvarterer og nær uddannelsesinstitutioner.

#### *Forebyggelsestilbud:*

13. Der udarbejdes en godkendelsesordning for alkoholbehandlingstilbud.
14. Det generelt høje kendskab til genstandsgrænserne fastholdes gennem kampagner. Kendskabet til sundhedsskadelige effekter skal øges og målrettes sårbare grupper.

## **Fysisk aktivitet**

Ca. 4.500 dødsfald kan hvert år henføres direkte til fysisk inaktivitet. Fysisk inaktivitet medfører i gennemsnit et tab på ca. 5 leveår sammenlignet med en fysisk aktiv person. Dertil kommer 7 år med nedsat livskvalitet.

Forebyggelseskommissionen har i forhold til fysisk aktivitet analyseret en række forebyggelsesindsatser. De mest centrale er:

Fysisk planlægning i kommunerne kan bidrage til at fremme fysisk aktivitet bredt hos hele befolkningen og dermed befolkningens sundhed. Den fysiske planlægning spænder fra mindre indsatser, som kan implementeres på kort sigt – fx opsætning af skilte og informationstavler samt opmaling af trafiksikre stisystemer – til omfattende indsatser, der involverer egentlig langsigtet byplanlægning. Fx kan etableringen af fysiske rammer i de bolignære områder, der appellerer til fysisk aktivitet, og en infrastruktur, der fremmer aktiv fysisk transport, være en potentiel kilde til livsstilsændring for hele befolkningen, også de svagere samfundsgrupper.

Implementeringen af en mere differentieret finansieringsmodel for de frivillige idrætsforeninger, hvor målet er at fremme målrettede sundhedsfremmende aktiviteter i den foreningsorganiserede idræt, kan give interesserede idrætsforeninger bedre muligheder for at tilbyde netop denne form for aktiviteter. Det store antal idrætsforeninger og den omfattende frivillige arbejdskraft giver mulighed for at engagere en stor ressource til fremme af fysisk aktivitet i foreningsregi gennem en udbygning af støttemodellen for idrætsforeningerne.



Der er evidens for, at Motion på Recept afgrænset som struktureret og superviseret fysisk træning har effekt på sygdomsrelaterede symptomer hos personer, der befinder sig i specifikke risikotilstande, fx forhøjet blodtryk og insulinresistens.

Folkeskolen og SFOen er centrale steder for fremme af gode vaner i forhold til fysisk aktivitet. Internationale undersøgelser peger på, at veltilrettelagte indsatser i skoleregi kan medføre sundhedseffekter såvel som bedret koncentrationsevne. Fremme af fysisk aktivitet i folkeskole og SFO kan udover i idrætstimer bl.a. ske ved tilrettelæggelsen af undervisningen og i frikvarterer.

### **Kommissionens anbefalinger:**

#### *Regulering:*

15. Kommunerne fremmer hensynet til fysisk aktivitet ved udarbejdelsen af kommune- og lokalplaner. Centrale elementer vedrører fx cykelstier, rekreative og bevægelsesvenlige miljøer og idrætslegepladser.
16. En større del af den statslige og kommunale støtte til den foreningsbaserede idræt målrettes sundhedsfremmende aktiviteter, idet der samtidig tages hensyn til at fastholde frivillig deltagelse mv. i foreningslivet.

#### *Forebyggelsestilbud:*

17. Motion på recept skal målrettes og tilbydes personer med specifikke risikotilstande og sygdomme, hvor der er evidens for en sundhedseffekt. Med motion på recept menes sundhedsfagligt superviseret fysisk træning.
18. Børn i 0. til 10. klasse skal være fysisk aktive mindst en time dagligt i skoledagen. Mulighederne herfor varierer på tværs af klassetrin og omfatter udover idrætstimer aktiviteter, der kan indarbejdes i undervisningen, i SFO eller fysisk aktivitet i frikvarterer.
19. Aktiv transport til og fra skole fremmes i samarbejde mellem forældre og skoler.
20. Ungdomsuddannelserne bør etablere fleksible motions tilbud, der er afpasset elevgruppens motionsbehov.
21. Det generelle kendskab til motionsanbefalingerne skal øges gennem kampagner og målrettes inaktive grupper.

## **Kost**

I alt ca. 4.400 årlige dødsfald kan henføres direkte til indtaget af for meget mættet fedt og for lidt frugt og grønt. En svært overvægtig lever i gennemsnit næsten 3 år kortere og har ca. 4 år med nedsat livskvalitet sammenlignet med en normalvægtig.

Forebyggelseskommissionen har i forhold til kost analyseret en række forebyggelsesindsatser. De mest centrale er:

Forbrugerne skal nemt kunne gennemskue, hvilke fødevarer der er sunde, og hvilke der er mindre sunde. Både når de køber ind, og når de spiser på cafeer og restauranter. Forebyggelseskommissionens analyser viser, at overskuelige og almen kendte mærkningsordninger på fødevarer kan være med til at øge forbrugernes informationsniveau.

Analyserne viser samtidig, at en forhøjelse af afgiften på chokolade og sukkervarer reducerer forbruget. Også en afgiftsforøgelse på sodavand forventes at reducere det samlede sodavandsforbrug.

Kommissionen har analyseret en momsnedsættelse på frugt og grønt. En halvering af momsen vil medføre et øget forbrug af frugt og grønt på ca. 15 gram om dagen pr. indbygger. Det skal ses i sammenhæng med, at danskerne i dag spiser ca. 400 gram frugt og grønt om dagen, hvilket er 200 gram mindre end den anbefalede mængde. En halvering af momsen på frugt og grønt vil have en marginal effekt på sundheden og samtidig medføre et provenutab på ca. 1,6 mia. kr. årligt samt engangsomkostning på ca. 500 mio. kr. til omstilling og løbende årlige omkostninger på ca. 300 mio. kr. for erhvervslivet. På den baggrund har kommissionen valgt ikke at foreslå differentieret moms.

Det er vigtigt, at folk har mulighed for at træffe det sunde valg de steder, de færdes i dagligdagen. Det gælder både i forhold til den daglige indkøbssituation, på arbejdspladsen, i skolen, daginstitutionen og i idrætshallerne. Det er derfor nødvendigt at fremme tilgængeligheden af den sunde mad, så det sunde valg bliver til det lette valg i hverdagen.

Madordninger på folkeskoler er i dag meget udbredte. Undersøgelser af madordninger viser, at den mad, der tilbydes på skolerne, er af varierende kvalitet, og at maden ofte ikke lever op til de ernæringsmæssige anbefalinger. De sundhedsmæssige effekter af skolemadsordninger er vanskelige at vurdere og afhænger bl.a. af indholdet af den medbragte mad, som disse ordninger vil fortrænge. En forudsætning for, at madordninger har en sundhedsmæssig effekt er, at maden er både sund og spændende, og erfaringer viser, at specielt ordninger, hvor eleverne selv tilbereder maden, er de mest vellykkede. Indførelse af obligatoriske skolemadsordninger er beregnet til at koste 5.000 kr. årligt pr. elev svarende til i størrelsesordenen 3 mia. kr. på landsplan.

Erfaringer med frugtordninger peger på, at elevernes indtag af frugt i skoleregi kan øges. Indførelse af obligatoriske frugtordninger er beregnet til at koste ca. 400 kr. årligt pr. elev eller i størrelsesordenen 270 mio. kr. årligt på landsplan.



## **Kommissionens anbefalinger:**

### *Regulering:*

22. Afgiften på sukkerholdige fødevarer fordobles i forhold til niveauet for 2009 svarende til en pris for chokolade- og sukkervarer på 110 kr. pr. kilo og for sodavand på 8 kr. pr. liter. Afgiften pristalsreguleres løbende. Afgiften udvides til at omfatte andre produkter med højt sukkerindhold, der ikke indgår naturligt i kosten.
23. Den foreslåede afgift på mættet fedt udvides til at omfatte mælkeprodukter. Afgiften pristalsreguleres løbende. Der bør ses på muligheden for at overvinde de administrative vanskeligheder forbundet med at indføre en afgift på mættet fedt i kød.
24. Næringsdeklarationer gøres obligatoriske, og produkters indhold af bl.a. mættet fedt og salt angives tydeligt på produktet.
25. Den fælles nordiske symbolmærkning, nøglehulsmærket, indføres og understøttes aktivt.
26. Hvis de svenske erfaringer med brug af nøglehulsmærkning på restaurationsområdet viser sig positive, indføres en mærkningsordning på fast food og take away området.
27. Regeringen og detailhandlen opfordres til i samarbejde at gennemføre tiltag, der mindsker synligheden af usunde fødevarer i detailhandlen.

### *Forebyggelsestilbud:*

28. Muligheden for at etablere en certificeringsordning for sund skolemad og for sund mad i skole- fritidsordninger og dag- og klubtilbud undersøges.
29. Der skal tilbydes gratis frugtordninger på landets skoler.
30. Kommunerne skal stille sundhedsmæssige krav i forpagtningsaftalerne til den mad, der serveres i idrætshallernes cafeterier.
31. Det generelle kendskab til kostanbefalingerne skal sikres gennem kampagner og målrettede grupper med særlige behov.



## Tidlig opsporing og indsats

Jo tidligere der sættes ind over for farlige sygdomme, jo flere kan reddes. Derfor er det vigtigt med en tidlig opsporing af personer med risiko for forskellige farlige sygdomme.

Forebyggelseskommissionens analyser viser, at det ikke er hensigtsmæssigt med en bred screening af hele befolkningen.

Der eksisterer i dag ikke internationale retningslinjer om screening for hjerte-kar-sygdom, hverken i forhold til en bred eller en målrettet screening. Danske erfaringer tyder på en mulig gevinst ved at indføre en målrettet opportunistisk screening via almen praksis, men det endelige resultat kan først vurderes i 2011.

En målrettet tidlig opsporing af KOL er hensigtsmæssigt, men der er behov for undersøgelser, der sammenligner forskellige strategier for tidlig opsporing, herunder hvor og hvem, der skal foretage den, fx i almen praksis, i lungeklinik eller i sundhedscentre.

En fortsat målrettet tidlig opsporing blandt højriskogrupper for udvikling af diabetes type 2 vil kunne have store effekter.

De nuværende forebyggende hjemmebesøg, visitationsbesøg og den regelmæssige kontakt mellem plejepersonale og den ældre kan benyttes til målrettet tidlig opsporing og indsats i forhold til faldforebyggelse blandt ældre på linje med andre væsentlige fokusområder som fx opsporing af demens, fysisk inaktivitet, utilstrækkelig ernæring mv.

### ***Kommissionens anbefalinger:***

#### *Forebyggelsestilbud:*

32. Der gennemføres informationsindsatser med henblik på at øge befolkningens viden om tidlige symptomer på KOL, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom.
33. I mødet mellem borgeren og den sundhedsprofessionelle sikres målrettet tidlig opsporing af de store kronikersygdomme, herunder KOL, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom.
34. Sundhedsprofessionelle tilbydes i relevant omfang efteruddannelse vedr. målrettet tidlig opsporing af de store kronikersygdomme, herunder KOL, diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdom.
35. Kommunerne opfordres til at øge fokus på forebyggelse af faldulykker hos ældre gennem tidlig opsporing via de kommunale forebyggende hjemmebesøg, visitationsbesøg og den regelmæssige kontakt mellem plejepersonale og den ældre.

## Børn og unge

Risikoadfærd i forhold til usund kost, rygning, alkohol og fysisk inaktivitet er de mest centrale sundhedsmæssige udfordringer i forhold til hele befolkningen. I forhold til en række sundhedsmæssige udfordringer er særligt børne- og ungegruppen relevant. Det skyldes, at gode sundhedsvaner ofte varer ved i voksenlivet. Og omvendt, så har de sundhedsskadelige vaner, der grundlægges i barndommen, en tendens til at blive fastholdt i voksenlivet.

Forebyggelseskommissionens analyser viser, at børn og unge bl.a. præges af de normer og holdninger, som de møder i skoleklassen. Derfor kan skoler og ungdomsuddannelser være mulige arenaer for initiativer til påvirkning af unges rygedebut og alkoholvaner.

Forebyggelseskommissionen analyse viser, at de eksisterende ydelser i den kommunale sundhedstjeneste, i svangreomsorgen og i almen praksis er velintegrerede, vellidte og derfor også benyttes af størstedelen af børn og unge og deres familier. Kommissionens analyse viser også, at der i svangreomsorgen er særlige udfordringer i forhold til tidlige og målrettede tilbud til gravide med risikoadfærd.

Analysen viser herudover, at der i småbørnssundhedsplejen er gjort gode erfaringer med indsatser over for de 3-årige. Også skolesundhedstjenestens arbejde med fx rygeforebyggelse over for de ældre elever eller samarbejde mellem faggrupper om tidlig identifikation af risikoadfærd har vist gode resultater.

### *Kommissionens anbefalinger:*

#### *Forebyggelsestilbud:*

36. Der udvikles og anvendes undervisningsprogrammer med veldokumenteret effekt i grundskolens undervisning i sund levevis.
37. Den eksisterende indsats i forhold til gravide med risikoadfærd videreudvikles og intensiveres, herunder fx tilbud om rygestop, ernæringsvejledning, motionsvejledning eller alkoholafvænning.
38. Faggrupper inden for den kommunale sundhedstjeneste opfordres til at samarbejde om tidlig identifikation af risikoadfærd.
39. Tilbud i almen praksis og den kommunale sundhedstjeneste justeres og målrettes inden for de eksisterende ordninger. Det kan formentlig være hensigtsmæssigt at erstatte 3-års undersøgelsen i almen praksis med enten et besøg ved sundhedsplejerske til familier med 3-årige eller med en 12-års forebyggende sundhedssamtale i den kommunale sundhedstjeneste.
40. Medarbejdere i den kommunale sundhedstjeneste og alment praktiserende læger opfordres til at oplyse forældre, som ryger, om de sundhedsmæssige konsekvenser af at udsætte deres børn for passiv rygning i hjemmet.
41. Alle grundskoler skal udarbejde alkoholpolitikker i samarbejde med forældrene.



## Arbejdspladsen

Arbejdspladsen er en naturlig og vigtig arena i en samlet forebyggende og sundhedsfremmende indsats, og en stor del af de danske virksomheder har allerede i dag i vid udstrækning forebyggelsespolitikker, som bl.a. er målrettet KRAM-faktorerne.

Forebyggelseskommissionen har haft fokus på arbejdspladsens potentiale for forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til kost, rygning, alkohol, motion samt stress, idet også de psykiske belastninger har betydning for folkesundheden og midlertidigheden.

Forebyggelseskommissionens analyser viser, at programmer, som fokuserer på både fremme af sund livsstil blandt medarbejderne, arbejdets organisering og arbejdsmiljøet har bedre effekt end programmer, der alene fokuserer på individuel sundhedsadfærd.

Der er samtidig potentiale for at løfte forebyggelsesindsatsen gennem samarbejde på tværs af sektorer, men mange mindre virksomheder har ikke de sundhedsfaglige ressourcer eller størrelsen til at igangsætte større kvalitetssikrede initiativer inden for forebyggelse og sundhedsfremme. Forpligtigende samarbejder mellem offentlige og private parter, hvor kommunerne eventuelt i samarbejde med interesseorganisationer eller andre stiller ressourcer og kompetencer til rådighed for lokale virksomheder, kan formentlig øge mange mindre virksomheders motivation for forebyggende initiativer på arbejdspladsen.

### *Kommissionens anbefalinger:*

#### *Forebyggelsestilbud:*

42. Ud over at arbejdsmiljølovgivningens krav skal overholdes, bør medarbejdere, hvor det er relevant, sikres tilbud om træning med henblik på at øge deres fysiske styrke og kondition for at forebygge nedslidning.
43. Forebyggelsesfondens støtte skal i højere grad målrettes indsatser, der evidensbaseret integrerer KRAM faktorer relateret til sundhedsfremme og arbejdsmiljøforbedringer, herunder særligt med fokus på metoder til håndtering af stress i arbejdet
44. Forebyggelsesfondens formål udvides til at omfatte udvikling af samarbejdet mellem praktisk forebyggelse og forskning for at skabe evidensbaserede modeller for implementering af viden og for at systematisere resultaterne og dermed skabe evidens for fremtidige forebyggelsestiltag.
45. Arbejdsmarkedets parter anbefales at indgå aftaler om gode rammer for sundhedsfremmende, evidensbaseret fysisk aktivitet på arbejdspladsen både som et supplement til arbejdet og som et led i arbejdets udførelse. Det er afgørende, at aftalerne baseres på anbefalinger fra sagkundskaben.
46. Kommunerne opfordres til at støtte virksomheder, der ønsker at prioritere forebyggelse på arbejdspladsen, med viden og praktisk know how.

## Viden og redskaber

Det er vigtigt, at der fortsat genereres bedre og ny viden om forebyggelse og hele tiden udvikles redskaber, som har dokumenterede effekter på sundheden. Det handler om at understøtte den forebyggende indsats bedst muligt.



Der er foretaget en overordnet kortlægning af de institutioner, som gennemfører forskningsaktiviteter på forebyggelsesområdet. Det kan konstateres, at der fra private fonde mv. på det seneste er afsat betydelige midler til styrkelse af forskningen i forebyggelse.

Der findes god evidensbaseret viden om årsager til og udbredelsen af sygdom. Evidensen for effekter af konkrete forebyggelsesindsatser er ikke afdækket i samme omfang på alle områder.

En løbende systematisk national monitorering af forebyggelsesområdet og af befolkningens sundhedstilstand vil på sigt kunne bruges til at dokumentere, om den nationale og lokale forebyggelsesindsats fungerer effektivt og virker efter hensigten.

Sundhedskonsekvensvurderinger har til formål at kvalificere den politiske beslutningsproces på baggrund af allerede eksisterende viden. Såvel danske som internationale erfaringer peger på, at sundhedskonsekvensvurderinger kan være med til at sætte sundhed på den politiske dagsorden.

### ***Kommissionens anbefalinger:***

47. Forskning inden for forebyggelse og sundhedsfremme, herunder i forhold til mindre ressourcestærke grupper opprioriteres, således at de statslige forskningsmidler tilgodeser dette forskningsområde, herunder opslås et program vedr. forskning i forebyggelse af livsstilssygdomme inden for det strategiske forskningsråd.
48. Vidensindsamling inden for forebyggelse og sundhedsfremme prioriteres.
49. Forebyggelsesaktiviteter bør så vidt muligt være evidensbaserede. Udover styrket vidensindsamling ledsages statsligt igangsatte forebyggelsesprojekter af midler til videnskabelig evaluering. Kommuner opfordres til at gå sammen om gennemførelse af undersøgelser på tværs af kommunale forebyggelsesindsatser med inddragelse af relevante forskningsmiljøer.
50. Der sikres løbende kommunal såvel som national monitorering af børn, unge og voksnes sundheds- og sygelighedstilstand og af faktorer, der er af betydning for sundhedstilstanden: Sundhedsadfærd, sundhedsvaner og livsstil.
51. Koordineringen og samarbejdet mellem kommuner, regioner og almen praksis understøttes gennem etableringen af en let tilgængelig, overskuelig og opdateret information om kommunale sundhedstilbud
52. Der gennemføres konsekvensvurderinger af politiske beslutninger nationalt og på kommunalt niveau, hvor en beslutning formodes at kunne få en direkte og dokumenteret effekt på borgernes sundhed og sygelighed

Forebyggelseskommissionen har fremsat en række anbefalinger til styrkelse af forebyggelsesindsatsen og dermed anbefalinger, som kan være med til at adressere væsentlige udfordringer på både forebyggelsesområdet og sundhedsområdet mere generelt. Det gælder ikke mindst den udfordring, der ligger i at realisere regeringens målsætning om at øge danskernes middellevetid med 3 år over de næste 10 år.

*Samlet set er det Forebyggelseskommissionens vurdering, at ved iværksættelse af kommissionens 52 anbefalinger vil danskernes middellevetid forøges med 3 år over de næste 10 år.*

## Bilag 1 – Oversigt over analyserede indtæter

Hovedgrupper	Indsatsstype	Analyser	Anbefaling
Regulering	Afgifter og moms	Tobak	1
		Alkohol	-
		Chokolade- og sukkervarer og sodavand	22
		Mættet fedt	23
		Nedsat moms på frugt og grønt	-
	Offentlig regulering	Skærpelse af lov om røgfri miljøer	2 og 3
		Billedadvarsler på cigaretter	6
		Aldersgrænse på 18 år for salg af alkohol	(5), 9, 11 og 41
		Forbud mod alkoholreklamer	11
		Begrænset åbningstid for salg af alkohol	12
		Synlighed af tobak og usunde fødevarer	4 og 27
		Mærkning af fødevarer	24 – 26
	Infrastruktur	Fysisk planlægning og infrastruktur	15
Forebyggelsestilbud	Informationsindsatser	Massekampagner - 6 om dagen og genstandsgrænse	14, 21 og 31
		Individuelle Interventioner	Rygestopkurser Alkoholbehandling Motion på recept
	Arenaspecifikke indsatser	Sund mad i skoler, SFO mv.	28 – 30
		Undervisning i skoler mv.	36
		Fysisk aktivitet i skole og SFO	18 og 19
		Fysisk aktivitet på de erhvervsrettede ungdomsuddannelser	20
		Finansiering af de frivillige idrætsforeninger	16
		Forebyggelse på arbejdspladsen	42 – 46
	Tidlig opsporing og indsats	Tidlig opsporing via de forebyggende sundhedsordninger	37 – 40
		Tidlig opsporing af KOL, diabetes og hjertekarsygdomme	32 - 34
		Forebyggelse af faldulykker	35
	Viden og redskaber	Evidens og forskning	47 – 49
		National monitorering	50
Sundhedskonsekvensvurderinger		52	
Organisering og incitamenter		51	
Makroøkonomisk analyse		De samfundsøkonomiske konsekvenser af øget middellevetid	-







7. maj 2009 kl. 14.30 til 17.00 på Rådhuset	
Arbejdstitel (SOU journal) (eDoc sagsnr.)	Sagsbehandl./Centerchef/dir.
Brugertilfredsundersøgelse Temadrøftelse	Sundhedsstaben (BDK/MKP/AMF)
Fællesindstilling med SOF "Konvertering af ældreboliger". Konvertering af 60 ældreboliger.	Økonomistaben (PC/HB)
Status på ældrepolitikken	Ældrestaben (SPR/MKP/AMF)
Temadrøftelse om udbygningsplan for Sundhedshuse	Sundhedsstaben (GM/JE/AMF)
Godkendelse af lejekontrakt (lukket sag)	Sundhedsstaben (GM/JE/AMF)
Integrationsredegørelsen 2009	FSK (MØR/JJB/AMF)
Høring af SOU vedrørende ind- og udskolingsundersøgelser	FSK (JJB/AMF)
Ændring af valgperiode til Ældrerådvalg	CPL (YK/JEO/LSI)
Udfordringsretten	CPL/Juridisk afdeling (SB/LA/KK)
Forventet Regnskab 2009	Økonomistaben (EB/CB/HB)
Orientering om Forebyggelseskommissionen	FSK(MR/JJB/AMF)

28. maj 2009 kl. 14.30 til 17.00 på Rådhuset	
Arbejdstitel (SOU journal) (Edoc sagsnr.)	Sagsbehandl./Centerchef/dir

11. juni 2009 kl. 14.30-17.00 på Rådhuset	
Arbejdstitel (SOU journal) (eDocsagsnr.)	Sagsbehandl./Centerchef/dir
Status for arbejdet med kvalitetsudvikling (51/2008)	Sundhedsstaben (BDK/JE/AMF)
Revision af demenspolitikken (8/2009)	Ældrestaben (LBS/MKP/AMF)
Sundhedshus i Brønshøj/Husum/Vanløse	Sundhedsstaben (GM/JE/AMF)
Ydelser til Frederiksberg borgere fra Sundhedscenter for kræfttramte	Sundhedsstaben (LS/JE/AMF)

25. juni 2009 kl. 14.30-17.30 på Rådhuset	
Arbejdstitel (SOU journal) (eDoc sagsnr.)	Sagsbehandl./Centerchef/dir
Status på Sundhedsområdet	Sundhedsstaben (JE/AMF)
Status på tilsynsåret 2008 Kommunale og embedslæge tilsyn	Dokumentationsstaben (RP/TK/AMF)